43e Année — N° 8. Vendredi 21 Février 1896.

# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL

## SOMMAIRE

**Clinique chirurgicale** : Des tumeurs anévrysmatiques des os, par le Dr Péan, 113. — **Clinique médicale** : Cœur et sternum, par le Dr P. Duroziez, 115. — **Bibliographie** : Guide de l'examen pratique de l'urine, 117. — Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup, 117. — **Revue de la Presse** : Sur le phénomène du genou, 117. — Intoxication par l'acide borique, 118. — **Académie des sciences** : *Séance du 10 février*. — Présidence de M. Cornu, 118. — Action des courants à haute fréquence sur les toxines bactériennes, 118. — Sur l'application des rayons de Rœntgen au diagnostic chirurgical, 118. — Associations microbiennes et suppurations tuberculeuses, 119. — **Académie de médecine** : *Séance du 18 février*. — Présidence de M. Hervieux, 120. — Traitement des kystes hydatiques de l'abdomen, 120. — Tumeurs anévrismatiques des os, 120. — Spina-bifida et méningocèles craniennes d'apparence myxomateuse, 120. — Origine hospitalière de la phtisie pulmonaire, 120. — Mortalité dans les départements déboisés, 120. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 14 février* 1896. — Présidence de M. Hayem, 121. — La créosote dans le traitement de la tuberculose, 121. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 13 février* 1896. — Présidence de M. Besnier, 122. — Urticaire pigmentaire atypique, 122. — Dermatite suppurative multiforme à poussées successives, 122. — Synovites syphilitiques, 122. — Chancre mou de la langue, 123. — Lèpre, 123. — Un cas de leucoplasie linguale, 123. — Traitement de la blennorrhagie par l'airol, 123. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 8 janvier* 1896. — Présidence de M. de Pradel, 123. — Admission dans la Société, 124. — Demandes faites à propos du nouveau décret de l'assistance à domicile, 124. — Circulaire de M. Lépine, 124. — Médecins inspecteurs des écoles et médecins des Bureaux de Bienfaisance, 125. — Du contrôle des médecins du Bureau de bienfaisance par les médecins des hôpitaux, 125. — **Société de Chirurgie** : *Séance du 19 février* 1896 — Présidence de M. Ch. Monod, 126. — Grossesse extra-utérine, 126. — Calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique, 126. — Technique de la désarticulation de la hanche par sarcôme du triceps et du fémur, 126. — Eventration et suture de la paroi après incision, 126. — **Nouvelles**, 126.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Des tumeurs anévrysmatiques des os

par M. le Dr Péan

membre de l'Académie de médecine

Je désire attirer l'attention de mes collègues de l'Académie sur deux cas de tumeurs dites anévrysmales des os, qui me paraissent présenter beaucoup d'intérêt, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue purement didactique, car je crois qu'il s'agit d'une espèce morbide nouvelle parmi ces néoplasmes, fort rares en général, mais qui méritent de fixer toute l'attention du chirurgien, par leur marche inquiétante, les dangers qu'ils font courir aux malades qui en sont porteurs, et les difficultés de leur extirpation. Comme on le sait, les tumeurs anévrysmales des os, signalées pour la première fois en Angleterre, à la fin du siècle dernier, par Ellen et Percival Pott, furent, au début du siècle actuel, l'objet de recherches importantes de la part de Scarpa, de Lallemand, de Dupuytren, de Breschet enfin, qui fit paraître sur ce sujet une monographie assez complète. Ces premiers auteurs pensaient que la nature du mal était bénigne, mais cette opinion devait être bientôt totalement modifiée.

Nélaton et Robin ont démontré que presque toutes ces observations n'étaient autres que des tumeurs à myéloplaxes et, dans une thèse remarquable, Eugène Nélaton alla jusqu'à nier ces tumeurs anévrysmales. Peu de temps après, Richet s'éleva contre cette opinion, qu'il trouva trop exclusive. Il n'en est pas moins démontré, grâce aux recherches histologiques, que ces tumeurs sont excessivement rares, si bien qu'il faut rechercher aujourd'hui avec soin tous les faits publiés dans la science pour en retrouver quelques exemples; et encore la plupart peuvent-ils être rattachés à des tumeurs mixtes, telles que les myéloplaxomes et les sarcomes télangiectasiques des os.

Pour mon compte personnel, après avoir vu la plupart des malades opérés par Nélaton, et en avoir observé un grand nombre d'analogues, je pus constater que les tumeurs anévrysmatiques des os sont aussi rares que les sarcomes et les myéloplaxomes hématiques sont fréquents. Et c'est pour ce motif que je présente aujourd'hui à l'Académie les deux malades dont j'ai parlé plus haut, espérant que leurs observations ne seront pas inutiles à ceux qui entreprendront des recherches sur ce sujet.

Le premier cas a trait à un homme d'une cinquantaine d'années, qui me fut adressé par le Dr Savornin. Depuis deux ans, il avait à plusieurs reprises des hémorragies à la portion osseuse du palais. Chacune de ces hémorragies, qui avaient failli être mortelles et n'avaient pu être arrêtées que par la digito-pression, se faisait par un petit bouton violacé situé au milieu de la moitié droite de la voûte palatine, de la grosseur d'une lentille. A ce niveau, la fibro-muqueuse périostique était décollée, molle, dépressible, finement vascularisée, la déformation avait beaucoup de ressemblance avec celle qui accompagne certains abcès sous-périostiques de cause dentaire, qui ont été ouverts à plusieurs reprises. Je pensais même qu'il pouvait s'agir de quelque hémorragie provenant de la vascularisation ancienne, anormale, de cette membrane

fongueuse, consécutive à une ostéo-périostite de cette nature, bien qu'il n'y ait eu aucune cause semblable à invoquer. Le malade, très effrayé de ces hémorragies, réclamait une intervention qui le mettrait sûrement à l'abri.

Je procédai alors de la façon suivante : j'incisai d'avant en arrière la voûte osseuse du palais depuis le voile jusqu'au rebord alvéolaire, les parties molles jusqu'à l'os; le milieu de l'incision correspondait au bouton pulsatile. Aussitôt je vis sourdre un jet de sang du volume de celui que donnerait l'artère humérale, provenant de l'orifice situé dans la voûte palatine. La pression du doigt sur cet orifice suffit pour enrayer l'écoulement sanguin, Restait à savoir comment aborder une pareille tumeur. J'opérai, comme je l'ai toujours fait pour les tumeurs érectiles, en procédant de la périphérie au centre, et je commençai par attaquer la portion alvéolaire du palais avec la gouge et l'emporte-pièce. Sur toute la périphérie les vaisseaux étaient dilatés, mais sans qu'il y eut trop de peine à obtenir l'hémostase. J'arrivai ainsi jusque sur la partie centrale en voyant les vaisseaux du périoste très dilatés et leurs canaux très agrandis. Lorsque la tumeur eut été ainsi cernée sur toute sa périphérie, j'enlevai la portion centrale d'une façon complète, sans voir reparaître de jets inquiétants. La plaie fut traitée comme s'il s'agissait d'une résection du maxillaire faite pour tout autre motif et la guérison fut rapide.

L'examen histologique fait par Brault montra qu'il n'y avait dans l'os et les tissus mous que du tissu angiomateux, sans trace d'autre tumeur. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue et, grâce à un appareil prothétique construit par Michaels, le malade mange et parle avec facilité.

L'autre malade est une jeune Américaine de 14 ans, dont le père attribue la tumeur à un coup violent qu'elle s'est donné, en tombant brusquement sur un bouton de porte pendant qu'elle courait. Aussitôt après survinrent des traces d'ecchymoses internes, qui disparurent complètement par la suite. Les parents ne furent pas surpris, 18 mois après l'accident, de voir une tumeur localisée à la région sous-orbitaire, un peu violacée, se produire et s'accroître en 6 mois, du côté de la paupière inférieure, du nez et de la joue, au point d'amener une déformation considérable; cette tumeur avait le volume et la forme d'une moitié d'orange et semblait être purement érectile. Elle avait si bien envahi la paupière inférieure qu'elle paraissait être sur le point de pénétrer dans l'orbite surtout du côté du grand angle. Les symptômes étaient tellement semblables à ceux d'une tumeur érectile artérioso-veineuse, que, dans son pays d'origine comme en France où elle fut examinée par plusieurs chirurgiens, le diagnostic n'était pas douteux, c'est même pour ce motif qu'aucun d'eux ne voulut tenter de l'aborder autrement que par des injections sous-cutanées de liquides coagulants ou par la ligature de l'artère faciale. On lui avait même proposé de lier la carotide primitive. En raison du siège et de l'étendue du mal, je pensai que le mieux était de traiter la tumeur par l'ablation aussi complète que possible au moyen d'une incision qui me permetterai d'aborder sur toute sa périphérie sans laisser de cicatrice apparente, sans léser les branches les plus importantes du nerf facial, et sans exposer la malade à une trop grande perte de sang. Voici comment je procédai :

Après avoir assuré l'hémostase préventive sur toute la périphérie avec une série de pinces à mors longs, je fis une incision qui longea les sillons jugo-palpébral et jugo-nasal et qui revint transversalement en dehors au niveau de la commissure labiale. Cette section ne comprit que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané afin de ménager les troncs nerveux. Je détachai ensuite de dedans en dehors les téguments avec le bistouri et les ciseaux et je poursuivis la dissection de la périphérie au centre. Ce temps de l'opération ouvrit de nombreux vaisseaux qui furent aussitôt pincés, j'enlevai ainsi par morcellement le tissu érectile depuis la peau jusqu'au périoste et je reconnus que la surface du maxillaire supérieur n'était pas déformée.

Tout en enlevant les tissus suspects, j'eus soin de respecter le mieux possible ceux qui n'étaient pas sérieusement envahis et de ne pas intéresser les filets du nerf facial. Il ne me restait plus qu'à enlever les gros vaisseaux qui parcouraient en tous sens le périoste. J'incisais ceux qui le recouvraient au niveau du point où la branche montante du maxillaire s'articule avec l'unguis, lorsque tout à coup, je vis saillir un jet sanguin aussi gros que celui que donnerait la blessure d'une carotide. Je le fis réprimer avec le doigt d'un aide. Poursuivant la dissection, je vis avec non moins de surprise un jet de sang, aussi volumineux que le précédent, s'échapper par un autre orifice. Je le fis réprimer avec le doigt d'un second aide. Je terminai ensuite l'ablation de tout le tissu angiomateux. Mais je pris le parti de ne pas réséquer le maxillaire lui-même, la famille n'étant pas plus que moi disposée à laisser défigurer cette enfant. Il s'agissait toutefois d'enrayer le cours du sang dans les vaisseaux anévrismatiques qu'il contenait. Pour y parvenir, j'obturai tout d'abord avec un fosset de bois l'orifice osseux situé au-dessous du canal sous-orbitaire. Dès que le jet de sang fut suspendu de ce côté, je me disposai à agir de même pour l'orifice osseux situé au grand angle de l'orbite. Je constatai avec plaisir que le fosset introduit dans le précédent avait suffi pour enrayer le cours du sang de ce côté, je me disposai à agir de même pour l'orifice osseux situé au grand angle de l'orbite. Je constatai avec plaisir que le fosset introduit dans le précédent avait suffi pour enrayer le cours du sang de ce côté, preuve évidente

qu'ils communiquaient ensemble. Il ne me restait plus qu'à réappliquer le lambeau cutané dont je suturai les bords avec un surjet de catgut, à laisser un drain à la partie déchirée et à recouvrir le tout d'un pansement antiseptique.

L'examen histologique du tisssu enlevé dans les parties molles confirma ce que la vue avait démontré, qu'il ne s'agissait que d'un tissu angiomateux semblable à celui d'une tumeur érectile. L'os ayant été respecté, les vaisseaux qu'ils contenaient ne purent être examinés.

Ces deux observations ont, comme on le voit, un véritable intérêt, en ce qu'au cours de l'opération et à la suite on n'a trouvé ni dans les os, ni dans les parties molles, aucune trace de tumeur solide de nature suspecte. Si donc, en se basant sur la rareté des anévrismes artérioso-veineux des os et sur ce que, chez la jeune fille, on n'a pas enlevé le tissu osseux, qui d'ailleurs n'était pas déformé, on eût été tenté d'admettre qu'il s'agissait d'une tumeur d'une autre nature; il nous était tout au moins permis d'en douter, d'autant plus que les phénomènes qui ont accompagné le développement de la tumeur, et qui se sont manifestés au cours de l'opération, prouvent qu'elle s'est comportée en tout point comme un véritable anévrisme. En voyant que le calibre des vaisseaux intra-osseux était assez agrandi pour donner un jet qui en quelques instants eût été mortel, s'il n'avait pas été immédiatement enrayé, on ne peut méconnaître que la tumeur différait absolument de ce que l'on rencontre journellement dans la pratique et de tout ce qui a été signalé par les auteurs à propos des tumeurs myeloplaxiques et sarcomateuses, même les plus vasculaires. Il est vrai que l'on trouve dans la science peu d'exemples de jets sanguins aussi menaçants dans les anévrismes des os.

Pour tous ces motifs nous sommes autorisés à conclure :

1° Que les anévrismes des os, bien qu'ils soient extrêment rares, existent et ne doivent pas être toujours confondus, comme l'ont fait plusieurs chirurgiens, avec d'autres tumeurs hématiques, telles que les myéplaxomes et les sarcomes ;

2° Qu'ils peuvent s'accompagner d'angiomes des parties molles ambiantes ayant les mêmes symptômes et la même structure que les tumeurs érectiles et artérioso-veineuses ;

3° Qu'il est difficile de démontrer si ces dernières en sont la cause ou l'effet ;

4° Qu'il n'est pas toujours possible de déterminer à l'avance leur coexistence ;

5° Que celle-ci peut être soupçonnée lorsque l'angiome des parties molles recouvre un os superficiel, qu'il succède à un traumatisme et qu'il se développe avec une très grande rapidité en donnant lieu à des hémorragies graves à répétition ;

6° Qu'elle ne peut être affirmée chez un certain nombre de malades avant que le tissu érectile des parties molles ait été enlevé.

7° Que cette ablation est indispensable pour distinguer microscopiquement et histologiquement les anévrismes des autres tumeurs types ou mixtes des os ;

8° Qu'elle est singulièrement facilitée par le pincement préventif et temporaire.

9° Qu'elle donne lieu, au moment de l'excision des vaisseaux périostiques qui se continuent avec les vaisseaux anévrismatiques, à un ou plusieurs jets de sang, assez volumineux pour entraîner la mort s'ils ne sont pas immédiatement réprimés ;

10° Que ces vaisseaux osseux ne pouvant être liés ou pincés d'une façon efficace, il faut leur appliquer d'autres mode d'hémostase ;

11° Que le plus simple consiste à les obturer avec le doigt d'abord, avec un fosset ensuite ;

12° Qu'un seul fosset suffit parfois pour arrêter un double jet sanguin même très important provenant de deux orifices osseux distincts ;

13° Que ces corps étrangers sont bien tolérés, ne gênent pas la réunion par première intention et permettent de guérir certains anévrismes des os à la condition d'enlever au préalable tout le tissu érectile des parties moelles ambiantes ;

14° Mais que le moyen le plus sûr de prévenir la récidive est, sans contredit, d'enlever simultanément tout le tissu morbide et tous les vaisseaux qui entrent dans la composition de la tumeur aussi bien dans les os que dans les parties molles.

## CLINIQUE MEDICALE

### Cœur et sternum (1)

Par P. Duroziez

Le sternum couvre et protège le cœur, s'adapte aux variations, au développement du cœur. Tel sternum, tel cœur. Comme le rachis qu'il représente en avant, il se compose de pièces réunies par des cartilages élastiques et flexibles. On n'a pas tenu compte de cette adaptation, de cette solidarité nécessaires. Mieux que nous la nature sait ce qu'elle fait; nous n'avons qu'à la comprendre. La poignée, la lame et la pointe ont le service différent, comme l'atlas, l'axis, les vertèbres cervicales, dorsales, lombaires, le sacrum et le coccyx. La poignée sert d'appui aux clavicules et aux deux premières côtes qui ne dépendent pas du cœur, couvre la crosse de l'aorte. La troisième et la quatrième côtes sont les côtes du cœur;

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris, le 8 février 1896.

la lame est au cœur. L'appendice xiphoïde, la pointe de l'épée qu'on a vue s'allonger jusque près de l'ombilic, pénètre dans l'espace épigastrique qui doit être large. C'est une pièce importante du sternum; on en fait trop bon marché. La pointe bonne indique la lame bonne, le cœur bon, agile à la course. Le cœur et la pointe sont solidaires. Il n'est pas indifférent que la pointe soit large et solide. Le sternum sans pointe accuse la faiblesse, se défend mal. L'appendice appartient au ventre, renforce la ligne blanche, protège le plexus solaire, le foie, l'estomac; c'est un corset utile. Il reste flexible et ne s'unit à la lame qu'à 40, 50 ans et plus tard.

Si la lame est chargée de protéger le cœur, elle doit rester flexible tant que le cœur n'a pas pris tout son développement; et des diverses pièces qui la composent, celles qui sont plus directement en rapport avec le cœur, la 2e et la 3e, doivent être les dernières à se souder. C'est en effet ce qui arrive. La soudure débute par les deux pièces inférieures. La lame est réduite à trois pièces. La deuxième pièce se soude plus tard à la troisième et de 20 à 25 ans la première pièce à la seconde. Rarement la lame se soude à la poignée. La jointure de la lame et de la poignée fait seule un relief qui sert de repère pour la deuxième côte. Le numérotage des côtes est facile grâce à ce relief. Chez les gens âgés cette jointure est poussée en avant par l'aorte et déforme le sternum.

Les points d'ossification pour la lame apparaissent d'abord en haut, et les soudures d'abord en bas. Ainsi, les pièces supérieures, battues par le cœur, sont à la fois solides et libres. Cette remarque n'a pas été faite.

Les points d'ossification varient beaucoup chez les fœtus humains examinés, mais ce sont des fœtus troublés, malades; on n'en a pas tenu compte. La variation est-elle la même chez les fœtus des animaux qu'on sacrifie à volonté ? Il n'y a qu'une ossification normale, les autres sont anormales, et si nous assimilons le développement du cœur à celui du sternum, nous trouvons la raison de nombreuses imperfections du cœur qui permettent les mouvements du cœur, mais l'exposent à l'irrégularité et aux bruits anormaux.

A la poignée les variations sont plus rares que pour la lame; s'il y a deux points d'ossification, rarement ils sont latéraux. C'est un os para-sternal.

A la lame les points d'ossification sont tantôt au centre, uniques, (ce qui est la règle), tantôt latéraux, doubles. Quand ils sont doubles, l'appendice est bifide. Or, l'appendice bifide est l'anomalie, donc la duplicité des points est anormale. On n'a pas tiré ces déductions, on a eu tort. Il y a deux types, ossification centrale, ossification latérale; ils ne peuvent pas être tous deux normaux; il faut choisir. Nous dira-t-on qu'un trou dans le sternum est normal? C'est là que mènent les points latéraux d'ossification.

Vers 20 ans, tous ces points d'ossification se sont réunis; il n'en reste pas moins le souvenir des premiers jours.

Pour juger de la fréquence des lésions, il faut agir sur de gros chiffres, qu'on peut se procurer sur le vivant. Le cadavre est moins dans la main.

Depuis que nous examinons avec soin l'appendice xiphoïde, nous en avons rencontré un qui soit bifide. Nous avons vu autrefois un appendice bifide chez une femme cyanosée atteinte de rétrécissement pulmonaire et de communication interventriculaire.

Nos individus atteints de rétrécissement mitral pur n'ont pas d'appendice. On sent une gouttière étroite entre les cartilages qui se touchent. C'est un élément de diagnostic entre le rétrécissement vrai et le rétrécissement faux.

L'épigastre est un lieu d'élection pour le diagnostic des maladies du cœur. L'appendice bien constitué, robuste, est le signe de la force. Il indique le sternum large, les côtes à grand rayon, le rachis droit. Quand il manque, quand il est étriqué, les cartilages se rapprochent, la ligne blanche est molle, ne résiste pas, se laisse éventrer, la poitrine est étroite. Il faut de la place. Les cartilages doivent faire le plein cintre, non pas l'ogive qui va s'effilant et devient flamboyante. La vallée doit être spacieuse et ne pas se resserrer, comme on le voit souvent, en une gorge où le doigt ne pénètre pas, où l'on ne respire pas. Que le sternum soit large, que les cartilages costaux trouvent où s'attacher à l'aise, que les muscles aient de larges espaces d'insertion. Que le drapeau flotte au vent, ne soit pas étouffé dans la gaîne. Chez la femme tout est plus petit; nous ne trouvons pas l'appendice développé comme chez l'homme, si ce n'est chez les femmes solides comme des hommes. Le corset atrophie l'appendice.

Quelles doivent être les dimensions du sternum ? Cruveilhier donne de 15 à 20 centimètres; il comprend l'appendice; ces dimensions sont trop courtes. Nous trouvons chez un homme 17 pour la poignée et la lame, 7 pour l'appendice. C'est à voir. Avec le thorax on n'a jamais fini.

Par l'appendice seul on peut savoir si la lésion du cœur est congéniale ou récente; il ne se résorbe pas; s'il manque, s'il est bifide, la lésion est congénitale. Plus il est développé, plus la lésion est tardive. A l'appendice on juge le cœur et la force. Examinons dans les autopsies le sternum qu'on met toujours avec soin de côté; nous verrons les déviations des cartilages qui ne se répondent plus d'un côté à l'autre; parfois nous trouverons des cartilages doublés. Sont-ils ossifiés ? Que tout sternum soit scié.

## BIBLIOGRAPHIE

**Guide de l'examen pratique de l'urine**, à l'usage des médecins et des étudiants par le Dr James Tyson, traduction de la huitième édition, par MM. E. Gautrelet et A. S. Clarke. Paris, Société d'éd. scientifiques, 1895.

Ce petit traité d'urologie, qui a obtenu huit éditions dans l'Amérique du Nord et l'Angleterre, se recommandait plus particulièrement au public médical français ; il se recommande surtout à un point de vue exclusivement pratique. Une introduction comprend des notices sur la sécrétion de l'urine, les réactifs et les appareils employés pour l'examen de l'urine, les caractères généraux de l'urine et la détermination de l'ensemble des matières fixes dans l'urine des vingt-quatre heures.

La première partie se rapporte à l'examen de tous les matériaux normaux ou anormaux, dissouts dans l'urine ; dans la seconde partie, l'auteur étudie les dépôts qui peuvent se former dans l'urine à l'état normal ou pathologique, enfin une dernière partie a trait à la détermination de la composition des calculs urinaires.

En dehors des renseignements techniques sur l'urologie, ce guide renferme des indications séméiologiques très précieuses, en ce qu'elles rappellent à l'esprit les conditions pathologiques liées à la présence dans l'urine de substances anormales.

C'est d'ailleurs dans un esprit exclusivement pratique et pour le praticien et l'étudiant que ce guide a été conçu. D'un autre côté, les auteurs ont tenu à être fidèles en tout point au texte original.

L. J.

**Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup**, par le Dr J.-G. Tsakiris (Sociétés d'éditions scientifiques, Paris, 1895).

L'intubation du larynx a pris dans ces dernières années, surtout depuis le traitement de la diphtérie par le sérum de Roux, une importance considérable.

Le Dr Tsakiris a pu, dans le service de la diphtérie du Dr Chantemesse, se rendre compte des imperfections des instrumonts déjà classiques d'O' Dwyer et a cherché à les améliorer. Ce sont ses résultats qu'il expose dans ce travail.

Il étudie d'abord les instruments de Bouchut, puis ceux d'O'Dwyer, le procédé opératoire de cet auteur, les accidents et les complications du tubage, les modifications apportées en France ou à l'étranger à cette instrumentation. Le Dr Tsakiris décrit ensuite les modifications qu'il a apportées anx divers instruments : pince pour introduire les tubes, extracteur de tubes. Quant aux tubes eux-mêmes, il les préfère en aluminium ; ces tubes présenteraient un certain nombre d'avantages : ils ne refoulent pas les fausses membranes ; ils ne s'obstruent pas facilement, ils ne gênent pas la déglutition des liquides ; ils tiennent mieux en place que les tubes lourds, ils sont mieux tolérés par le larynx et ne produisent pas de lésions ; ils ne s'oxydent pas par leur séjour dans le larynx.

E. D.

## REVUE DE LA PRESSE

**Sur le phénomène du genou**, prof. Pick. (*Pest. med. chir. Presse*, n° 52. 1895). — On sait quelle importance diagnostique est attribuée au réflexe patellaire dans la pathologie nerveuse ; ce phénomène fait très rarement défaut chez les individus sains même pendant le sommeil ou à la suite de fatigue. Il est exagéré en général dans les lésions cérébrales, dans les lésions des cordons latéraux, il manque dans la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle. Aussi manque t-il en général dans le tabes où il constitue un phénomène diagnostique important dès le début de la maladie, le retour du réflexe ne se faisant plus même lorsqu'il se produit une amélioration dans la maladie. Il y a cependant certaines exceptions à cette règle. C'est ainsi que le réflexe peut reparaître chez un ataxique qui a une attaque d'apoplexie. Pick a trouvé dans ce cas que les voies sensitives médullaires qui servent à la transmission du réflexe contiennent encore des faisceaux normaux. Le réflexe subsiste encore tant que la zone radiculaire de la moelle entre les régions dorsale et lombaire est respectée. Or les fibres sensitives qui servent au réflexe patellaire sont disséminées dans cette zone et ne forment pas un faisceau compact.

Pick a signalé encore une autre exception. On sait que l'encéphale exerce une action inhibitrice sur les réflexes, ce qui explique leur exagération dans le cas de lésion cérébrale. Or il arrive souvent que le réflexe rotulien fait défaut chez les aliénés paralytiques qui ont des lésions de l'écorce cérébrale ; il en est de même des lésions qui sont de nature à diminuer la capacité crânienne. D'après Maier (Innsbuck), on peut trouver aussi dans les tumeurs cérébrales des dégénérescences des prolongements intra-spinaux des racines postérieures. Peut-être dans ce cas la compression cérébrale s'est-elle étendue à la moelle. Dinkler a en effet trouvé les mêmes lésions dans un cas d'hydrocéphalie et de tumeur cérébrale. Enfin Pick a décrit les lésions dégénératives des prolongements des racines postérieures dans plusieurs cas de tumeurs cérébrales, ce qui semblerait encore indiquer que l'augmentation de pression intra-crânienne se propage au canal médullaire.

L. Jumon.

**Intoxication par l'acide borique.** — Pour faire suite au travail publié par le Dr Branthomme, dans le dernier numéro de la *France medicale* (p. 99. ), nous donnons en résumé une observation publiée par le Dr Schwyzer dans le *New-York medicin Wochensch.*, 1895, n° 8.

Un homme âgé de 60 ans, artério-scléreux, affecté d'une myocardite et d'un catarrhe de la vessie, avait absorbé par mégarde 15 grammes d'acide borique. Il tomba dans le collapsus, et trente-six heures plus tard il était mort. A son autopsie on a trouvé, indépendamment d'une néphrite chronique, les traces d'une dégénérescence aiguë des reins, qu'on a mise sur le compte de l'empoisonnement par l'acide borique. L'auteur ne prétend pas affirmer qu'un homme bien portant ne supporte pas une dose de 15 grammes d'acide borique. Sans doute, chez le vieillard en question, la néphrite chronique préexistante a créé une susceptibilité insolite à l'action délétère de la substance médicamenteuse.

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 10 février. — Présidence de* M. Cornu

**Action des courants à haute fréquence sur les toxines bactériennes.** — MM. d'Arsonval et Charrin. Nous avons précédemment étudié l'action des diverses modalités de l'énergie électrique sur les microbes, nous avons poursuivi depuis cette étude en l'étendant aux toxines sécrétées par ces microrganismes. Cette note a pour but de faire connaître les résultats auxquels nous sommes déjà arrivés dans cette voie nouvelle.

Des expériences préliminaires que nous ne rapporterons pas ici, faites, d'une part, avec le courant continu et, d'autre part, avec le courant induit direct ou l'extra-courant d'une bobine, nous ont montré que les modifications imprimées aux toxines n'étaient nullement en rapport avec la *quantité* d'électricité les ayant traversées. Avec des courants induits, *toujours dirigés dans le même sens*, et s'accompagnant par conséquent d'électrolyse, le passage de 7 coulombs a produit des modifications plus profondes que celui de 78 coulombs provenant du courant continu. Cette expérience nous a donc clairement montré que l'ébranlement moléculaire produit par les décharges électriques provenant de la bobine était un agent modificateur infiniment plus actif que l'électrolyse.

Pour éliminer toute action d'ordre électrolytique, c'est-à-dire d'ordre chimique, nous avons en conséquence été conduits à adopter la modalité électrique qui produit les ébranlements les plus rapides que l'on connaisse : *les courants alternatifs à haute fréquence.* Le dispositif employé est celui que M. d'Arsonval a signalé antérieurement à l'Académie dans une note en date du 3 juillet 1893.

L'intensité *efficace* du courant traversant la toxine, mesurée au moyen d'un galvanomètre spécial, était de 0,75 ampères, et la densité *moyenne* du courant de 250 milliampères par centimètre carré. Ces chiffres ne donnent que l'intensité *efficace* du courant : quant à l'intensité *initiale*, elle est infiniment supérieure et dépasse certainement 50 ampères.

L'électricité passe donc à travers la toxine par *pulsations alternatives* extrêmement rapides et extrêmement intenses. Il est dès lors facile de comprendre de quelle puissance est ce branle-bas *totius substantiæ* imprimé à la toxine.

Il est très nettement démontré par nos expériences que ces toxines sont profondément atténuées par les courants à haute fréquence. Ce fait est important, en ce sens qu'on peut espérer que cette atténuation pourra être faite *directement dans l'organisme malade.* Cette possibilité résulte de ce fait, mis en évidence par M. d'Arsonval, à savoir que le corps de l'homme peut être traversé par des courants de fréquence extrêmement puissants sans provoquer aucun phénomène douloureux ou moteur. Mais il y a plus. Non seulement ces toxines peuvent être atténuées par la haute haute fréquence, mais bien mieux, *après l'électrisation, elles deviennent des substances immunisantes des vaccins.*

La toxine pyocyanique s'atténue par la haute fréquence comme celle du bacille de Lœffler. Cette atténuation varie évidemment suivant l'énergie du courant et la durée de l'électrisation. Avec le courant que nous avons employé, au bout d'un quart d'heure, la toxicité est diminuée de moitié environ.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure de ces faits :

1° *Que la haute fréquence atténue les toxines bactériennes ;*

2° *Que les toxines ainsi atténuées augmentent la résistance des animaux auxquels on les injecte.*

**Sur l'application des rayons de Rœntgen au diagnostic chirurgical.** — MM. Lannelongue et Oudin. La communication que nous avons faite, il y a quinze jours, sur le même sujet, en appelait nécessairement d'autres. Il s'agit, en effet, maintenant de quitter le domaine de la main et de savoir dans quelle mesure les nouveaux rayons peuvent traverser les parties les plus épaisses du corps humain pour montrer l'état des parties dures qui s'y trouvent. Nous avons pris la cuisse et le genou dans cette intention ; c'est la première fois, croyons-nous, que la tentative était faite. Les deux sujets avaient eu d'ailleurs de longues maladies de cette région du corps, et il était intéressant de savoir si les diagnostics, qui avaient été soigneusement faits avant l'éclairage, trouveraient une confirmation éclatante.

Le premier sujet est maintenant guéri d'une ostéo-arthrite du genou gauche, de nature tuberculeuse, ayant nécessité trois années de soins successifs soit en dehors de l'hôpital, soit à l'hôpital. Plusieurs opérations avaient été pratiquées pour ouvrir des abcès tuberculeux communiquant avec la jointure, pour drainer le fémur, en faire le curage, en extraire des séquestres.

La guérison aujourd'hui obtenue, le genou se présente dans les conditions suivantes, que je résume en quelques mots :

L'extrémité inférieure du fémur est très volumineuse et tout à fait déformée. Son volume est au moins d'un tiers supérieur à celui du côté sain ; les deux condyles sont réunis dans une masse unique condensée. Autour du fémur, les

parties molles sont sclérosées, et les cicatrices qui s'y trouvent adhèrent à l'os.

L'extrémité supérieure du tibia a conservé au contraire son volume normal, de telle sorte que l'épiphyse fémorale la déborde en arrière et en dedans, en arrière surtout, comme s'il y avait une véritable subluxation. La rotule se confond avec la masse fémoro-tibiale.

Il existe une ankylose du genou dans l'extension et l'on doit se poser la question de savoir s'il n'y a pas une véritable soudure osseuse entre ces trois os. Je n'ai pas hésité à rejeter cette hypothèse pour admettre au contraire une ankylose fibreuse très serrée, principalement entre le fémur et le tibia.

L'épreuve photographique, que je soumets à l'Académie, reproduit fidèlement les particularités précédentes. On y voit la silhouette de l'extrémité inférieure du fémur déformée et partiellement en contact avec le tibia; la partie postéro-interne déborde. Un intérêt particulier s'attache à l'interligne articulaire. Cet interligne apparaît en clair entre les os, sous la forme d'un espace vertical de moins d'un centimètre de largeur environ. Il succède à la ligne noire des os, mais non brusquement. Les limites de cet espace indiquent que les cartilages d'encroûtement ont disparu sur le fémur et sur le tibia; et qu'il n'y a qu'un intervalle de parties molles entre chaque épiphyse, intervalle élargi et homogène. Il est, selon toutes les probabilités, constitué par un tissu dense, fibreux et très serré, ainsi que cela semble résulter de l'absence de tout mouvement.

La seconde photographie que nous présentons est celle de la cuisse d'un enfant de huit ans, qui a été atteint d'une ostéite de la diaphyse fémorale en même temps que l'épiphyse inferieure, elle aussi, était prise ainsi que l'articulation du genou. Il est aujourd'hui guéri et marche perfaitement bien. On a pris l'épreuve de la diaphyse fémorale seulement; elle apparaît diminuée de volume, c'est-à-dire atrophiée. Il semble aussi qu'elle est moins foncée qu'elle devrait l'être, probablement parce qu'elle a subi un certain degré de raréfaction. Son tissu compact paraît moins dense, moins épais.

En résumé, l'examen par la nouvelle lumière n'a apporté aucun renseignement ayant passé inaperçu, mais il a été, de tous points, conforme aux indications fournies par la clinique. Chez le premier malade, il a donné la preuve de la disparition des cartilages et de la nature fibreuse de l'ankylose du genoux.

**Associations miorobiennes et suppurations tuberculeuses.** — MM. Lannelongue et Achard. Les propriétés pyogènes du bacille de la tuberculose sont depuis longtemps démontrées par l'expérimentation. Néanmoins, dans la clinique humaine, un certain nombre d'auteurs semblent admettre que, dans la plupart des cas d'abcès tuberculeux notamment dans les lésions suppuratives du squelette, des ganglions, du tissu cellulaire, la production du pus est l'œuvre de microcoques pyogènes, associés au bacille de Koch.

La conclusion qui paraît se dégager des divers travaux publiés, c'est que le bacille tuberculeux peut être associé à d'autres microbes dans les tuberculoses chirurgicales suppuratives, et que c'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit d'abcès froids enflammés. Mais plusieurs points restent dans l'ombre. D'abord la fréquence de ces associations microbiennes n'est pas précisée ; de plus les auteurs négligent presque toujours de faire une distinction dont l'intérêt est pourtant capital et de mettre à part les cas dans lesquels les foyers tuberculeux dont ils ont examiné le contenu avaient subi déjà le contact de l'air, à la suite d'une ouverture spontanée ou opératoire. Il n'est d'ailleurs pas douteux qu'un certain nombre de faits visés par les recherches précédentes se rapportent à des lésions mises en communications avec l'extérieur ; les cas de Pawlowsky notamment paraissent se rapporter tous à des tuberculoses ouvertes et fistuleuses.

C'est ce qui nous a déterminés à entreprendre une nouvelle série de recherches, en distinguant les foyers ouverts des foyers fermés et en faisant la part, dans les foyers fermés, de ceux qui évoluent avec des phénomènes d'acuité.

Dans 51 cas où le diagnostic clinique de tuberculose ne pouvait être discuté, les ensemencements ont été négatifs, bien qu'ils eussent été faits largement avec plusieurs gouttes de pus, sur les milieux ordinaires, quelquefois même à l'abri de l'air, en vue de la présence possible de germes anaérobies. Sur ces 54 cas, 14 fois la nature tuberculeuse des lésions a été vérifiée par l'inoculation au cobaye, et deux autres fois les sujets ont présenté les phénomènes de réaction sous l'influence de l'injection sous-cutanée de la tuberculine de Koch. Quant aux signes d'acuité, ils existaient 8 fois sur ces 51 suppurations dont le pus n'est pas cultivable.

Les faits dans lesquels des microcoques pyogènes ont été rencontrés sont bien moins nombreux : il y en a 6, dont deux vérifiés par l'inoculation.

Dans tous ces cas, on notait des phénomènes d'acuité. Le microbe associé était quatre fois le staphylocoque doré, 2 fois le streptocoque.

Tous les cas précédents se rapportent à des foyers fermés. Les foyers tuberculeux ouverts, c'est-à-dire fistuleux ou ayant subi des opérations antérieures, nous ont constamment donné des cultures de microbes pyogènes associés : 2 fois le staphylocoque doré, 2 fois le streptocoque, 1 fois ces deux microbes et un bacille saprophyte. Ajoutons que dans l'un de ces cas qui avait été traité par la méthode sclérogène, l'inoculation du pus au cobaye provoqua un abcès ; mais, lorsqu'on tua l'animal au bout de 96 jours on ne trouva aucune lésion tuberculeuse.

Dans les faits que nous avons étudiés, l'association de microbes pyogènes au bacille tuberculeux a été la règle dans les foyers ouverts (5 fois sur 5) ; elle a été au contraire l'exception dans les foyers fermés (6 fois sur 57) et a toujours coïncidé en pareil cas avec des phénomènes d'acuité; mais ces derniers phénomènes n'impliquent pas toujours la présence de microbes pyogènes surajoutés, puisqu'ils existaient dans quelques cas (8 fois) où le pus n'était point cultivable.

Il est à remarquer que le débat que nous soulevons ici s'est produit dans des termes presque identiques à propos de la tuberculose pulmonaire. Un certain nombre d'auteurs ont admis que dans cette affection les accidents fébriles et les lésions pneumoniques et broncho-pneumoniques relevaient constamment de microbes surajoutés au bacille de Koch. Or les recherches récentes de M. Strauss ont établi que les associations microbiennes peuvent faire défaut, et que le bacille tuberculeux possède à lui seul le pouvoir de provoquer des symptômes fébriles et des lésions aiguës.

# ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 18 février 1896. — Présidence de* M. HERVIEUX

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'intérieur demandant à l'Académie de rédiger des conseils à donner aux hôpitaux en vue de prévenir la propagation, à l'intérieur de ces établissements, des maladies dont la déclaration est obligatoire ainsi que des autres maladies transmissibles.

**Traitement des kystes hydatiques de l'abdomen.** — M. DUPLAY fait un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. Pierre Delbet. M. Delbet ouvre largement le kyste puis, après l'avoir capitonné et en avoir fermé l'ouverture, il le réduit dans l'abdomen et suture la plaie abdominale, comme dans toute laparatomie. Ce procédé ne saurait s'appliquer qu'aux kystes hydatiques à contenu clair non infecté.

La poche étant largement ouverte, on enlève toutes les vésicules filles et la vésicule mère qui, d'ordinaire, se laisse facilement détacher.

Reste la membrane adventice doublée d'une couche plus ou moins épaisse du tissu dans lequel le kyste s'est développé, dont on pratique le capitonnage, lorsque l'épaisseur de cette paroi est telle qu'on ne puisse espérer la voir se rétracter.

Ce capitonnage doit se faire avec des aiguilles très courtes qu'on fait entrer et sortir provisoirement par la même face de la même paroi. M. Delbet conseille de se servir de préférence de très gros catguts qui ont l'avantage de ne pas couper les tissus; on aura le soin d'enfoncer l'aiguille profondément dans la paroi, de manière à comprendre dans l'anse du catgut une épaisse couche de tissu, on peut ainsi faire plusieurs séries de capitons et arriver à combler la cavité du kyste.

La poche vidée, nettoyée et capitonnée s'il y a lieu, il reste, avant de réduire, à suturer les lèvres de la paroi kystique. On peut, comme l'a fait M. Delbet, pratiquer des points séparés avec de gros catguts ou bien faire un surjet, ou enfin, si la paroi était très mince et très souple, faire une suture de Lambert. Après que la poche a été ainsi suturée, on la réduit dans le ventre et on ferme la paroi abdominale suivant le procédé habituel.

**Tumeurs anévrismatiques des os.** — M. PÉAN (V. ci-dessus, p. 113).

**Spina-bifida et méningocèles craniennes d'apparence myxomateuse.** — M. KIRMISSON. Il y a lieu d'établir dans la classe des méningocèles craniennes et du spina-bifina des tumeurs d'apparence myxomateuse. Ce qui les caractérise au point de vue anatomo-pathologique, c'est qu'elles sont presque entièrement constituées par un tissu cellulaire infiltré par l'œdème; il n'y a pas de cavité kystique en communication avec le canal rachidien ou la cavité cranienne. Elles possèdent seulement dans leur intérieur un prolongement en rapport avec les méninges; enfin, on ne trouve pas dans leur constitution d'éléments nerveux. Il semble que leur pathogénie puisse s'expliquer par la filtration du liquide à travers la paroi kystique et sa diffusion dans le tissu cellulaire voisin où il vient déterminer l'œdème.

En clinique, les signes extérieurs de ces tumeurs ne permettent pas de les différencier des autres variétés de méningocèle cranienne et de spina-bifida. Toutefois elles ne s'accompagnent d'aucun trouble du côté du système nerveux et ne possèdent pas de réductibilité. On peut bien, par la pression, diminuer un peu leur volume, on voit alors leur paroi se flétrir, mais la tumeur ne revient pas brusquement à son volume primitif, avec un véritable choc perçu par la main, comme dans les tumeurs kystiques en communication avec les cavités méningées.

Il est intéressant de signaler ces tumeurs aux chirurgiens qui sont exposés à les rencontrer au cours des opérations entreprises par eux, et qui pourraient être embarrassés tout d'abord par les caractères exceptionnels qu'elles présentent. Il est intéressant surtout de signaler la bénignité du pronostic qu'elles comportent.

**Origine hospitalière de la phtisie pulmonaire.** — M. FERRAND. Dans la question de la prophylaxie de la tuberculose, il ne faut pas perdre de vue le facteur important de l'hérédité. Un argument important me paraît fourni au sujet de la prédisposition héréditaire par les statistiques des compagnies d'assurance. Ces statistiques montrent, par exemple, que la mortalité par phtisie chez des sujets indemnes, à une certaine époque, de tuberculose, est beaucoup plus grande chez les individus ayant des antécédents tuberculeux.

Avant 29 ans, on constate 35 0/0 de phtisiques non héréditaires et 41 0/0 ayant des antécédents bacillaires.

De 40 à 49 ans 17,6 0/0 de phtisiques non héréditaires, 24,6 0/0 héréditaires.

Les chances d'un individu en présence de la contagion tuberculeuse sont beaucoup plus élevées durant toute son existence s'il a un passé tuberculeux. Je ne m'inscris pas en faux contre la possibilité de la contagion, mais j'attache une importance capitale à l'hérédité.

Je m'associe aux conclusions de mes collègues MM. Debove et Terrier, car si les mesures prophylactiques sont nécessaires c'est surtout à l'égard des prédisposés héréditaires. L'isolement est irréalisable et beaucoup moins urgent que pour beaucoup d'autres maladies. Les précautians hygiéniques suffisent et sont faciles à prendre. Le bacille seul transmet la tuberculose; il n'existe que dans les crachats et ne se trouve ni dans l'air expiré ni dans les autres sécrétions muqueuses au cours de la tuberculose pulmonaire. Or, les dangers dus à l'expectoration seront évités par l'emploi de crachoirs antiseptiques.

**Mortalité dans les départements déboisés.** — M. MARTY lit un rapport sur un travail envoyé par M. le Dr Jeannel, de Villefranche-sur-Mer, tendant à montrer que le déboisement est la principale cause de la diminution de la population dans les trente départements déboisés.

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Ch. Monod, sur les candidats dans la section de pathologie chirurgicale. Nous avons donné la liste de présentation dans notre dernier numéro.

# SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 14 février 1896. — Présidence de* M. Hayem.

**La créosote dans le traitement de la tuberculose** (suite et fin de la discussion). — M. Catrin. Une expérience assez prolongée de la créosote me fait me ranger aux conclusions de M. Faisans. Ce médicament a des indications restreintes, convient seulement aux formes torpides de la tuberculose et présente les inconvénients les plus graves dès qu'il y a la moindre tendance à l'éréthisme.

M. Fernet partage cet avis. Quant aux doses élevées, je les crois souvent dangereuses et je ne pense pas qu'il faille chercher à se tenir aussi près que possible des doses toxiques. Je ne saurais donc souscrire aux idées de thérapeutique générale soutenues par M. Burlureaux qui pense que, dans l'administration des médicaments en général, il n'y a de vraiment utile que la plus forte dose tolérée. Combien plus sage me paraît l'opinion que j'ai entendu émettre à Lasègue, à savoir que lorsqu'un remède appliqué à dose moyenne, à une maladie, ne donne pas le résultat attendu, c'est que ce remède n'est pas applicable à cette maladie.

Pour ce qui est du mode d'administration de la créosote, j'ai renoncé depuis longtemps à la voie stomacale, moins encore à cause du goût désagréable de la créosote qu'à cause de son action irritante sur la muqueuse gastrique et de la dyspepsie qui peut en résulter. Or, nous savons tous qu'il faut ménager au plus haut point l'estomac des tuberculeux.

Sans avoir l'importance des grands modificateurs hygiéniques, la créosote est, dans certains cas, un adjuvant précieux de ces moyens puissants; mais il convient de l'employer avec mesure et il serait déraisonnable d'en faire une panacée de la tuberculose.

M. Hanot. Sur plus de 300 phtisiques examinés à leur entrée dans mon service, j'ai trouvé de l'urobiline dans les urines dans la proportion de 48 0/0 des cas chez les hommes et de 30 0/0 chez les femmes. La différence dans ces deux chiffres résulte probablement de différences dans l'usage des boissons alcooliques. Or, en donnant à ces malades la créosote sous forme de capsules d'huile créosotée (à la dose moyenne de six capsules par jour) j'ai constaté que, d'ordinaire, l'urobiline diminuait assez rapidement, pour disparaître même après quinze, vingt ou trente jours d'emploi du médicament.

Comme la créosote administrée par la voie buccale provoque ou aggrave souvent des troubles gastro-intestinaux, j'utilise presque exclusivement aujourd'hui la voie rectale. Je prescris un lavement le soir, ou un lavement matin et soir, contenant de 0 gr. 50 à 2 grammes de créosote pure, et je ne dépasse que rarement la dose de 4 grammes. Dans vingt-huit cas ainsi traités, pendant un temps assez long, et que j'ai suivis minutieusement, vingt-huit fois l'urobiline a disparu. J'ajoute qu'il s'agissait, dans presque tous ces cas, de tuberculose au début. Il m'a semblé que l'augmentation de poids, la diminution de l'expectoration et des bacilles de Koch dans les crachats, étaient plus nets et plus accusés que dans les cas où la créosote était administrée par la bouche.

On pourrait donc se demander si l'action particulièrement favorable de la créosote administrée par le rectum ne tiendrait pas à ce que son action antiputride s'exerce alors plus directement. On sait, en effet, aujourd'hui, que les phénomènes de la putréfaction du contenu du canal intestinal s'accomplissent presque exclusivement, chez l'homme, dans le gros intestin.

M. Debove. On a soutenu que l'urobiline se produisait dans l'intestin et qu'elle était un produit de décomposition de la bile. Cette manière de voir, si elle est exacte, expliquerait que la créosote, en agissant contre les fermentations intestinales, surtout dans l'administration par la voie rectale, empêchât la production de l'urobiline.

M. Hayem. La discussion d'aujourd'hui met en jeu trois questions :

1° Action de la créosote sur le tube digestif. Depuis longtemps les médecins allemands emploient la créosote dans les affections du tube digestif, mais ils n'ont jamais spécifié les cas dans lesquels elles serait utile et ceux dans lesquels elle est nuisible. Pour moi elle est toujours nuisible, surtout chez les tuberculeux, car c'est un médicament des plus irritants et l'un des principaux facteurs de ce que j'ai appelé les gastrites médicamenteuses.

2° Action de la créosote sur l'urobiline. Il est fort possible que les remarques très intéressantes de M. Hanot sur ce point soient exactes. Cependant, on voit très souvent, dans les maladies les plus diverses, des sujets ayant, à leur entrée à l'hôpital, beaucoup d'urobiline dans les urines et n'en ayant plus après quelques semaines de repos, de régime hospitalier, de suppression forcée de leurs habitudes alcooliques. C'est, du moins, ce que j'observe à Saint-Antoine où presque tous nos malades sont alcooliques.

3° Origine intestinale de l'urobiline. A l'étranger, cette théorie tend à prévaloir (notamment en Italie et en Allemagne); mais je ferai remarquer que ses promoteurs sont presque exclusivement des chimistes, et non des cliniciens. De fait, cette théorie est bien peu admissible pour des médecins. En effet, à l'état sain, les fèces sont colorées par l'urobiline et ce sont elles qui en contiennent les plus grandes proportions. On devrait donc, dans l'hypothèse ci-dessus, trouver l'urobiline en abondance dans les urines de l'homme sain. Or, il n'en est rien, tandis qu'il suffit parfois d'une maladie insignifiante, et sans troubles intestinaux — une petite grippe, par exemple — pour faire apparaître l'urobiline dans les urines.

M. Barié. A Tenon, où nous avons beaucoup de tuberculeux, j'ai remarqué que l'administration de la créosote par l'estomac occasionnait fréquemment des troubles de la digestion gastrique. Aussi, depuis quatre ans, j'emploie exclusivement des suppositoires contenant 0,50, à 0,60 centigrammes du médicament ; on en donne un le matin et un autre le soir.

M. Le Gendre. Avant d'accuser la créosote de perturber gravement la digestion gastrique, peut-être faudrait-il se souvenir qu'elle fut préconisée comme eupeptique. En tous cas, on se met assez à l'abri de cette action irritante en donnant le médicament aux repas et sans lui adjoindre des substances irritantes comme l'alcool.

M. Ferrand. Comme tout le monde, j'ai beaucoup employé la créosote dans la tuberculose, mais j'en vois de plus en plus les nombreuses contre-indications. Quelle que

soit la voie d'absorption adoptée, il y a contre-indication formelle, comme on l'a rappelé, toutes les fois que la tuberculose pulmonaire s'accompagne d'éréthisme, de fièvre, toutes les fois aussi qu'on est en présence de foyers petits, mais ayant une tendance marquée au ramollissement et aux excavations. Seules, les formes nettement torpides, sans réactions congestives ou nerveuses, s'accommodent du médicament et s'en trouvent souvent bien.

M. Manquat. A dose élevée, la créosote est généralement refusée par l'estomac des tuberculeux, qu'il importe tant de ménager, puisque le pronostic de la tuberculose est subordonné en grande partie à la valeur digestive du malade. Peut-être cependant pourrait-on administrer la créosote aux tuberculeux par l'estomac, mais en se limitant à une dose de 2 à 5 centigrammes au moment de chaque repas.

Pour le complément de la dose utile, on peut avoir recours aux lavements créosotés à l'aide du lait, dont l'idée appartient à M. Truchet, interne en pharmacie des hospices de Grenoble, et qui ont été en grande partie vulgarisés par M. Annequin, médecin principal de l'hôpital de cette ville.

L'emploi du lait dans la préparation des lavements créosotés me paraît avoir résolu toute difficulté concernant l'introduction de la créosote par la voie rectale.

Il était intéressant de savoir si le lait créosoté présentait quelque avantage au point de vue de l'administration par la voie gastrique. Il résulte des essais que j'ai faits à cet égard que le lait créosoté non sucré est d'un goût très désagréable et que l'addition de sucre le rend simplement supportable. Les malades ne l'acceptent qu'à l'état de grande dilution, si bien qu'il reste inférieur à la forme pilulaire et à l'huile de foie de morue créosotée.

M. Burlureaux. Je suis, plus que personne, l'ennemi des doses fixes de médicaments quelconques, et si j'ai conseillé l'usage des hautes doses de créosote, quand elles sont tolérées, j'ai aussi indiqué les dangers des doses même minimes. C'est, en définitive, la tolérance du sujet qui doit régler la conduite du médecin. Je suis en parfait accord avec tous nos collègues sur ce point, que la créosote n'est pas un spécifique de la tuberculose; c'est seulement un adjuvant du traitement hygiénique, mais un adjuvant précieux. Je dirais presque un succédané de ce traitement hygiénique. Et ce n'est pas là un mince avantage, attendu que le nombre des tuberculeux pauvres ou peu aisés est incomparablement supérieur à celui des malades riches qui peuvent s'offrir les cures d'air dans les stations *ad hoc*. C'est pour ce motif que j'ai cru pouvoir écrire que la créosote était « l'hygiène du riche mise à la portée du pauvre ». Enfin, j'insiste sur ce fait que tout malade qui supporte bien de fortes doses de créosote doit guérir, et réciproquement; il y a là un très utile élément de pronostic.

M. Faisans. Quelle que soit sa cause, la fièvre des tuberculeux tombe toujours. « Ça durera six semaines », avait coutume de dire Lasègue, en présence de ces poussées fébriles, et de fait généralement ça ne durait que six semaines, quelle que fût la médication employée, voire même en l'absence de médication.

En soulevant cette discussion, je n'ai pas entendu m'élever contre tout usage de la créosote, mais bien protester contre l'emploi abusif que l'on en fait et contre la tendance à l'envisager comme une sorte de médicament spécifique de la tuberculose. J'ai voulu aussi appeler l'attention sur les accidents graves dont elle est parfois responsable.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

*Séance du 13 fév. 1896.* — Présidence de M. Besnier.

**Urticaire pigmentaire atypique.** — MM. Tenneson et Leredde présentent un enfant de dix ans dont le corps est couvert de macules pigmentées, abondantes surtout dans les régions de flexion.

Elles sont survenues il y a six mois.

Au microscope on trouve des mastzellen nombreuses autour des vaisseaux. La pigmentation est due à l'existence dans les papilles de cellules chargées de granulations ocre.

Le diagnostic admis a été urticaire pigmentaire à début tardif, atypique, en outre par l'existence d'une seule poussée urticarienne, l'absence de dermographisme, et histologiquement par une moindre abondance de mastzellen.

Mais déjà M. Besnier a admis la notion de l'urticaire pigmentaire à début tardif. Au point de vue clinique, le diagnostic est le seul qui puisse être porté.

Au microscope on ne relève entre le fait actuel et ceux de Unna, Raymond, etc., que des différences quantitatives et non qualitatives.

**Dermatite suppurative multiforme à poussées successives.** — MM. H. Hallopeau et Prieur. Les auteurs formulent ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail : ce type morbide est voisin de ceux qui sont englobés sous la dénomination fautive d'impétigo herpétiforme; il s'en distingue par les caractères spéciaux de son éruption, par son développement en dehors de la grossesse et par sa reproduction pendant de longues années sans altération grave de la santé générale; l'éruption y est d'emblée purulente : elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représentant maints caractères de l'alphabet depuis le C jusqu'à l'S en passant par les grands points d'interrogation accolés dos à dos; le liquide ne renferme pas de microbes, ses cultures restent stériles si l'examen est pratiqué peu de temps après l'éruption; cette dermatite est liée suivant toute vraisemblance au développement de toxines pyogènes; elle se distingue de la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique par ce fait que les poussées éruptives y sont généralisées et qu'il s'agit par conséquent d'une maladie de cause interne; elle se distingue de la forme suppurative de la dermatite herpétiforme de Duhring par le caractère primitivement purulent des éléments éruptifs ainsi que par l'absence de cellules éosinophiles et de microbes pyogènes; l'endocarde peut y être lésé; M. Vandam vient de confirmer par un autre procédé la découverte, faite par M. Tête, d'alcaloïdes représentant des leucomaines dans l'urine d'un malade atteint d'une poussée aiguë de dermatite herpétiforme.

**Synovites syphilitiques.** — M. Du Castel montre un homme de 37 ans, qui a présenté il y a 15 ans les premiers accidents de la syphilis. Depuis deux ans, il est atteint d'une éruption spécifique à la jambe gauche, éruption qui laisse des cicatrices pigmentées caractéristiques; en même temps il existe une périostite du tibia. Cet homme, qui est ouvrier distillateur, présente en outre, depuis 8 ans, une tuméfaction considérable des gaînes tendineuses sur la

face dorsale des poignets, qui sont couverts de bosselures inégales, fluctuantes par places, sans crépitations, et qui ont déjà diminué sous l'influence du traitement spécifique. Il est probable que la profession de ce malade joue un certain rôle dans la localisation étrange de sa syphilis.

**Chancre mou de la langue.** — MM. Emery et Sabouraud présentent un malade atteint à la fois d'un chancre mou de la verge et d'un chancre de la pointe de la langue ; chacun de ces chancres a été suivi d'un bubon suppuré dont le pus ne renfermait pas de bacille de Ducrey, mais il était stérile, tandis que les chancres en contenaient un grand nombre.

M. Fournier fait remarquer que peut-être le chancre mou de la face passe-t-il pour une rareté parce qu'il est méconnu, et il est méconnu parce qu'à la face il ne présente pas ses caractères classiques.

M. Salmon. Lymphangite gommeuse de la peau par inoculation.

M. Faitout. Macroglossie probablement syphilitique.

M. Spillmann. Pleurésie en stade roséolique.

**Lèpre.** — MM. Gaucher et Bensaude présentent un malade atteint de lèpre intéressant, à cause des particularités suivantes :

1° La présence sur la presque totalité du corps de granulations miliaires ressemblant à de petits nodules lupiques et aux éléments de la syphilide granuleuse miliaire.

2° L'apparition d'une poussée érysipélatoïde de la face coïncidant avec une otite moyenne et un phlegmon du bras à streptocoques. La sérosité de la plaque érysipélatoïde ne contenant pas de streptocoques, on peut se demander si elle n'était pas due à une lymphangite lépreuse produite par l'exaltation de la virulence du bacille de Hansen, sous l'influence de l'infection streptococcique.

3° L'augmentation du nombre des cellules éosinophiles dans le sang qui, dans certains cas de lèpre, peut atteindre des proportions aussi considérables que dans la maladie de Duhring.

**Un cas de leucoplasie linguale.** — M. Jullien. Un homme de 45 ans porte depuis trois ans sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, une épaisse plaque blanche, d'apparence porcelanique, longue de 4 centimètres, large de 1 cent. 1/2; aucune douleur, à peine un peu de gêne en parlant. Tout a été fait, y compris la destruction par le thermo-cautère.

Cet homme a eu peut-être la syphilis il y a vingt ans ; il n'est plus fumeur, après avoir fumé énormément, petit buveur et n'a jamais commis d'excès de boissons. Il est hémorrhoïdaire et dyspeptique de vieille date, avec vertiges, défaillance, agoraphobie.

Urines examinées par Girard, très anormales; traces d'albumine, de sucre, d'hémaphéine, d'uro-hématine, d'uro-érythrine et de bile; indican en assez forte quantité. Tous les composés minéraux et l'urée dépassent énormément les moyens ordinaires; éléments minéraux, 30 gr. ; urée, 53,8; chlorure de sodium, 20,7; acide phosphorique, 5,12 ; acide urique très faible, 0,36 ; sédiment riche en éléments oxaliques. En résumé, insuffisance hépatique et fermentation intestinale. La salive est alcaline.

La bactériologie est jusqu'ici restée muette ; l'histologie, si bien faite par Leloir, a fait voir les lésions de l'hyperkératose, et Stanziale a trouvé l'éléidine et les éléments ovoïdes ou piriformes à membrane réfringente, à contenu granuleux, semblables à ceux que l'on rencontre dans les dégénérescences épithéliomateuses.

Jusqu'ici rien n'est venu éclairer le traitement.

**Traitement de la blennorrhagie par l'airol.** — MM. F. Legueu et L. Lévy. Nous avons employé l'airol dans le traitement de la blennorrhagie chez l'homme; les propriétés dessicantes à la fois et antiseptiques de ce dermatol iodé autorisaient cette tentative.

Nous nous sommes servis d'une émulsion au dixième dans l'eau et la glycérine (glycérine 15 gram., eau 5 gram., airol 2 gram.); après lavage de l'urèthre antérieur à l'eau boriquée, nous injectons dans le canal dix centimètres cubes de l'émulsion d'airol, cette injection est répétée les jours suivants.

Quatre malades ont été traités de cette façon pour des écoulements à gonocoques datant de trois mois, deux mois, de cinq semaines, de quinze jours, un seul d'entre eux avait une uréthrite secondaire polymicrobienne.

Ces quatre malades ont guéri après trois à cinq injections; l'injection détermine un certaine brûlure qui ne dure pas, et dès le premier jour les douleurs de la miction s'atténuent et l'écoulement diminue; après quatre à cinq jours, il a complètement disparu.

Ces résultats ont été obtenus il y a un mois; depuis nos malades ont été revus et nous nous sommes assurés qu'ils sont guéris.

Dr Barbe.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

*Séance du 8 janvier 1896. — Présidence de* M. de Pradel

Le procès verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance. — 1° Lettre d'excuses de M. Meugy. 2° Compte rendu des séances de la Société médicale de Bordeaux. M. Billon est chargé de présenter un rapport. 3° Journal le *Progrès Médical*. 4° Lettre des Docteurs Pellegrin et Charles, approuvant la note sur les modifications proposées par la Société médicale des Bureaux au nouveau décret réglementant l'assistance médicale à domicile. Le Dr Pellegrin fait acte de candidature

Distinctions honorifiques. — M. Rotillon est promu officier de l'instruction publique; MM. Conil et Cornet sont nommés officiers d'Académie.

Communications diverses. — M. Le Coin : 1° annonce qu'une pharmacie municipale vient d'être installée dans une maison de secours du VIe arrondissement. 2° Propose de nommer membre associé libre M. le Dr Bergeron, médecin honoraire des hôpitaux, secrétaire perpétuel de l'Académie.

M. le Dr Bergeron est nommé par acclamation.

M. le Dr Dusseaud, président sortant, rappelle en quelques mots les travaux de la Société en insistant sur les demandes qui furent nécessaires pour obtenir l'expulsion

d'une maison de secours de l'Assistance publique, d'un groupe de médecins étrangers installés dans celle-ci par les soins de la municipalité d'un arrondissement excentrique.

Il exprime le regret de n'avoir pas pu voir sous sa présidence se réaliser le vœu si souvent exprimé par la Société: la représentation des médecins des bureaux de bienfaisance au conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. DE PRADEL en lui succédant au fauteuil s'exprime ainsi :

Messieurs,

En prenant place à ce fauteuil, j'ai un double devoir à remplir : c'est, d'abord, de remercier, en votre nom, notre président sortant, le Dr Dusseaud, de tout ce qu'il a fait et tenté dans l'intérêt de notre Société pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler; c'est, ensuite, de vous remercier, moi-même, du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos discussions et vos travaux pendant l'année 1896, honneur que je me sentirais tout à fait incapable de justifier si je n'étais certain d'être aidé, dans ma tâche, par l'amitié et par l'expérience de plusieurs d'entre vous et par la bienveillance de tous.

Messieurs, la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris a le rare privilège d'être, à la fois, une société vieille, mûrie et assagie par l'âge et l'expérience, et, en même temps, — grâce à son recrutement que vous connaissez, — une réunion d'esprits jeunes, tout prêts à examiner les causes justes, tout prêts, aussi, à se lancer sur la piste du progrès et des idées nouvelles.

Elle a donc, en elle, une force incontestable faite de la réunion de ces deux facteurs : l'expérience qui prévoit et qui modère, et l'élan qui agit et qui rompt les obstacles.

Nous pouvons, messieurs, avec de telles armes, faire de notre Société une société solide et forte qui tiendra, enfin, la place qui lui est due au milieu des sociétés médicales si nombreuses de notre capitale.

Le but que notre Société poursuit est, en effet, des plus louables ; et c'est parce que c'est dans un but louable que nous nous groupons que nous ne devons pas craindre de nous mettre en avant et de nous faire connaître.

Notre Société n'a-t-elle pas pour but principal d'améliorer le sort des malades soignés à leurs domiciles, en dehors des hôpitaux, au sein de leurs familles et dans leurs foyers mêmes?

Lorsque, après avoir réclamé pour nos malades de nouveaux médicaments indispensables, de nouvelles mesures d'hygiène, que nous croyons, encore, plus indispensables que les médicaments, nous venons réclamer, pour nous mêmes, à l'Administration, certaines améliorations dans notre service, certains avantages, aussi, dans notre sort de médecins des pauvres, est-ce que ce n'est pas pour pouvoir soigner avec plus de calme, moins de souci de notre temps perdu, et, partant, avec plus d'efficacité, ces mêmes pauvres dont les maladies pèsent autant dans la balance de nos préoccupations et de notre dévouement que celles de nos clients les plus riches?

Améliorer le sort de nos malades par tous les moyens, perfectionner notre organisation et placer le médecin des pauvres au rang qu'il doit avoir, étant donnés les services de plus en plus importants qu'il peut et qu'il doit rendre aux malheureux confiés à ses soins, — ce qui est, il est facile de le démontrer, encore un moyen d'améliorer le sort de ces malheureux —, tels sont, Messieurs, les deux buts principaux que nous devons chercher à atteindre.

J'ajoute que notre Société ne doit pas se désintéresser des questions scientifiques, et je crois même qu'une partie de nos séances pourrait être consacrée avantageusement aux communications et aux discussions de cette nature. Ce serait, pensons-nous, un utile dérivatif et un sédatif bienfaisant pour nos nerfs trop sonvent surexcités par les questions administratives à la fois si arides et si troublantes.

Sans vouloir copier servilement les réunions de nos confrères des hôpitaux, je crois que, formant, comme eux, un des groupes des médecins qui ont l'honneur de soigner les pauvres, possédant, comme eux, un admirable champ d'études et d'observations, nous pourrions, à leur exemple, nous communiquer ces observations et les faits que notre expérience nous fournit dans les soins journaliers que nous donnons aux malades qui nous sont confiés.

Ce serait une force morale de plus pour notre Société; ce serait, aussi, un attrait de plus pour nos séances.

Telles sont, Messieurs, les réflexions que me suggère mon entrée en fonction comme président de notre Société. Je ne vous parlerai pas en détail des principales revendications qui nous tiennent à cœur, que vous connaissez tous et que nous ferons tous nos efforts pour faire aboutir : notre représentation au Conseil de surveillance de l'Assistance publique; le maintien de l'indemnité fixe et annuelle pour les médecins du service à domicile.

Les démarches déjà fortement engagées, par votre bureau de 1895, sur ces questions, ne seront pas abandonées. Le bureau de 1896, sans pouvoir rien promettre, peut, en tous cas et en toute sincérité, vous assurer de sa bonne volonté.

M. BILLON adresse ses remerciements pour l'honneur que lui ont fait ses collègues de le nommer secrétaire général adjoint.

**Admission dans la Société.** — Sur les rapports de MM. Billon, Thominet, Tournier, Séailles, Kinzelbach, Bimesenstein, Dufournier, de Pradel, Jarry, Noir, Pascal, Gourichon, sont admis membres : MM. les Drs Bertillon, Euvrard, Courdoux, Conil, Benoit, Fauvel, Florain, Prieur, Blind, Recht, Pineau, Weil, Regimbeau, Doury, Castinel, Ribell, Isidor, Bertrand, Dambrès. L'élection de M. le Dr Girard est ajournée.

Après lecture du rapport de M. Le Coin sur la candidature de membre honoraire de M. d'Echerac, membre titulaire et ancien président, M. d'Echerac, est élu membre honoraire à l'unanimité.

**Demandes faites à propos du nouveau décret de l'assistance à domicile.** — M. BILLON, de concert avec M. le secrétaire général, a fait une démarche auprès de M. le Dr Dubois, conseiller municipal, qui a proposé de demander pour les délégués de la Société une audience à la 5e commission.

**Circulaire de M. Lépine.** — M. DUFOURNIER lit la circulaire de M. le préfet de police à M. le directeur de l'Assistance publique et transmise à certains médecins des bureaux. Cette circulaire expose que les cadres des commissions d'hygiène sont au complet et rappelle aux médecins qu'ils

sont priés de signaler au moins les logements insalubres. Cette circulaire ne saurait être considérée comme la réponse au vœu formulé par la Société.

**Médecins inspecteurs des écoles et médecins des Bureaux de Bienfaisance.** — M. ZIBELIN lit une note sur la nomination des médecins inspecteurs des écoles et demande que les médecins des Bureaux, en raison de leurs services, soient appelés, en cas de vacances, a poser leur candidature et à faire valoir leurs titres.

M TOLEDANO rappelle le mode réglementaire de procéder à cette élection, d'après une liste présentée par la Délégation cantonale. MM. de Pradel, Billon, Séailles et Rotillon exposent la façon de faire dans leurs arrondissements respectifs. En présence de divergences de vues, suivant tel ou tel arrondissement, il est décidé qu'une Commission composée de MM. Rotillon, Zibelin, Toledano, Kortz étudiera la question.

**Maladies vénériennes.** — M. MEUGY lit le rapport suivant :

Notre sympathique président honoraire, le Dr Commenge, a fait récemment hommage à notre Société d'un nouveau travail ayant pour titre : « Les maladies vénériennes dans les armées anglaise, française et russe. »

Le sous-titre, « Réglementation et liberté de la prostitution », nous indique de suite le point de vue auquel s'est placé l'auteur. Dans son précédent ouvrage, « Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures », et dans ses « Recherches sur les maladies vénériennes à Paris, dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementaire, de 1878 à 1879 », notre savant collègue avait surtout mis à profit les nombreuses observations qu'il avait pu recueillir, comme médecin en chef du dispensaire de salubrité.

Cette fois, c'est en s'appuyant sur une statistique comparée du développement des maladies vénériennes en Angleterre, en France, en Russie et en Italie, et sur une analyse minutieuse de nombreux documents, qu'il vient soutenir à nouveau la thèse de la réglementation obligatoire, dont il est un des défenseurs les plus ardents et les plus convaincus.

On sait que, cédant à une agitation populaire, le gouvernement anglais a aboli, il y a quelques années, les « Contagious diseases Acts », qui réglementaient la prostitution dans certaines villes de garnison. Déjà considérablement entravés dans leur application dès 1880, les Acts sont définitivement abrogés en 1886.

A partir de cette année 1880, on peut voir l'augmentation du nombre des cas de maladies vénériennes dans l'armée. La moyenne annuelle des hospitalisations pour ces affections, pour toute l'armée anglaise, atteint le chiffre de 52,555 hommes (plus du quart de l'effectif). La moyenne journalière des vénériens hospitalisés est de 4,191 hommes, soit la valeur de 4 gros bataillons.

En Russie, où la prostitution, comme en France, est réglementée, il y a quatre fois moins de soldats atteints de maladies vénériennes que dans l'armée anglaise de la Métropole; et le chiffre des syphilitiques est à peu près le tiers du nombre des syphilitiques trouvés dans l'armée anglaise.

La proportion des maladies vénériennes est à peu près la même dans l'armée française que dans l'armée russe.

En France ce sont les corps d'armés du Midi, de l'Algérie et de la Tunisie, le 5e corps et les troupes du gouvernement militaire de Paris, qui fournissent le plus de malades. Là encore, on rencontre comme facteur important, la prostitution clandestine, si répandue à Paris et en Algérie et dans les villes manufacturières du 3e corps d'armée.

En Italie, on a essayé pendant trois ans de la liberté de la prostitution. Un règlement pris en ce sens par M. Crispi avait été accepté avec beaucoup d'enthousiasme par les abolitionnistes et par beaucoup de médecins de la péninsule, mais bientôt il fallut en rabattre, en présence des résultats constatés, et on fut forcé de revenir aux errements antérieurs. En effet dès la première année qui suivit la suppression de la réglementation en 1889, le nombre des soldats atteints de maladie vénériennes avait augmenté de 62 0/0, pendant que le nombre des femmes admises dans les hôpitaux pour les mêmes maladies était devenu deux fois moindre. Pendant ce temps, à Milan par exemple, on pouvait constater dans les maisons publiques d'abord 30 0/0 puis 75 0/0 de femmes malades, et en majeure partie syphilitiques. Mais ces femmes, ne voulant pas entrer dans les hôpitaux, continuaient la propagation des maladies vénériennes ; à ce point qu'à Milan un homme qui entrait dans une de ces maisons avait trois chances contre une d'être infecté.

C'est en s'appuyant sur ces chiffres que M. Commenge peut conclure :

1° Que les maladies vénériennes sont beaucoup plus nombreuses dans les pays où existe la liberté de la prostitution que dans les pays où la réglementation est conservée.

2° Que la réglementation de la prostitution a pour résultat d'atténuer le développement des maladies vénériennes et d'enrayer leur marche ascendante.

3° Que les résultats constatés sont conformes aux résolutions votées par l'Académie de médecine en 1888, lorsqu'elle a appelé l'attention de l'autorité sur les dangers de la prostitution, notamment de la prostitution clandestine et sur les mesures à prendre pour sauvegarder la santé publique.

Nous ne pouvons que nous associer aux conclusions de notre savant collègue.

En le remerciant de son remarquable travail qui fait honneur à notre société, nous formons les vœux les plus vifs pour que l'Académie sache bientôt reconnaître les travaux et le zèle à défendre la santé publique de notre cher Président honoraire.

Après une suspension de séance est ouvert le scrutin pour la constitution d'une liste de proposition de trois collègues, pour la représentation au conseil de surveillance de l'Assistance publique.

En première ligne est proposé M. le Dr Gibert, ancien interne des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur ; en seconde ligne, M. le Dr Rotillon, officier de l'Instruction publique ; en troisième ligne, M. le Dr Le Coin.

**Du contrôle des médecins du Bureau de bienfaisance par les médecins des hôpitaux.** — M. DUFOURNIER expose la façon dont l'administration fait contrôler, à notre insu, nos certificats pour admission de secours aux chroniques par les médecins consultants des hôpitaux. Cette pratique, d'après M. Seailles, n'est pas nouvelle, car ce contrôle était fait autrefois par le Bureau central.

M. TOLEDANO repousse vivement ces procédés qu'il ignorait.

M. Gourichon demande que si deux certificats paraissent nécessaires à l'Administration pour l'admission aux secours des chroniques ils soient délivrés exclusivement par les médecins des bureaux. M. le président propose que chacun fasse dans son arrondissement une enquête afin de rassembler les documents pour étudier la question.

La séance est levée.

*Le secrétaire des séances*
Dr Dufournier.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 19 février 1896. — Présidence de* M. Ch. Monod

**Grossesse extra-utérine.** — M. Picqué résume en un long mémoire toutes les opinions qui ont été émises dans la discussion.

**Calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique.** — M. Segond fait un rapport sur trois cas où l'intervention fut suivie de succès, envoyés par M. Barette (de Caen). Le premier malade avait 4 ans, âge qui a conduit l'opérateur à faire la taille. Chez le deuxième, le calcul était tellement dur que Barette eut de suite recours à la taille. Enfin, chez le troisième, le lithotriteur pouvait mal se manier dans la vessie. Je ne veux pas revenir sur les indications relatives de la taille et de la lithotritie. Mais me référant aux trois observations de M. Barette, il me semble que ces trois malades auraient aussi bien guéri par la lithotritie. L'enfant peut être lithotritié et ainsi celui de Barette. La dureté du second calcul n'a pas été suffisamment reconnue pour recourir de suite à la taille. Dans le troisième cas, Barette avait tenté deux fois en vain la lithotritié, mais peut-être eût-il pu, en dilatant la vessie, saisir le calcul et le briser.

Enfin M. Barette a drainé la vessie après ses tailles; s'il était un cas de faire une incision immédiate, c'était celui en présence duquel se trouvait M. Barette.

M. Lucas-Championnière. La sévérité de M. Segond m'engage à prendre la parole. La lithotritie difficile n'est accessible qu'à de très rares chirurgiens spécialistes et je ne dirai pas que M. Barette soit excusable, mais qu'il a eu raison de faire une bonne taille plutôt que de tenter une mauvaise lithotritie.

La taille est plutôt facile, et la tithotritie est parfois un inévitable massacre.

M. Felizet. Chez les enfants la taille sus-pubienne a l'avantage d'être bénigne et de débarrasser le petit malade dans une seule séance. De plus le toucher rectal amène la vessie au-dessus du pubis au-devant du chirurgien. Enfin la lithotritie est venue plus difficile par l'étroiture de l'urèthre, et par suite, la nécessité d'employer un instrument d'une trop grande faiblesse. De là l'indication plus fréquente de la taille chez l'enfant.

M. Segond. Je ne puis que souscrire complètement à l'opinion de MM. Lucas-Championnière et Felizet.

**Technique de la désarticulation de la hanche par sarcôme du triceps et du fémur.** — M. Quénu. Je rappellerai l'objectif que cherchait à atteindre dès 1858, Marcellin Duval d'abord, et Verneuil 5 ans plus tard, pour écarter le danger formidable de l'hémorragie dans la désarticulation. Dans quelques cas de nécessité il peut être obligatoire d'abandonner la méthode classique de lambeau antérieur et n'avoir à sa disposition qu'un l'ambeau interne. J'ai eu un cas de sarcôme où je fus réduit à ce lambeau et mon malade guérit. Ce procédé s'éloigne du procédé de Verneuil, tout en faisant l'hématose primitive par la ligature préalable des vaisseaux.

M. Lejars présente une malade qui a été opérée de la cholédochotomie.

M. Broca présente une malade dont il a trépané l'apophyse mastoïde et la caisse du tympan.

**Eventration et suture de la paroi après incision.** — Présentation de malade par M. Quénu.

F. Verchère.

## NOUVELLES

**Faculté de médecine de Paris.** — Année scolaire 1895-96. — *Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du* 1er *mars* 1896.

### COURS

Physique biologique : *M. Gariel.* — La méthode graphique dans les sciences biologiques. Mécanique animale. Etude des actions moléculaires, principalement dans les corps organisés. Application de la chaleur en physiologie et en médecine. Effets des radiations, principalement sur les êtres vivants. Mardi, jeudi, samedi, à midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Opérations et appareils : *M. Terrier.* — Opérations qui se pratiquent sur le cou, le thorax et la colonne vertébrale. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie interne : *M. Debove.* — Maladies de l'appareil digestif. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie et thérapeutique générales : *M. Bouchard.* — La nutrition et ses déviations pathologiques. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène : *M. Proust.* — De l'hygiène thérapeutique (goutte, obésité, diabète). De l'air. Des climats. Les sanatoria français et étrangers. Leçons pratiques au musée et au laboratoire. Visite des musées, fabriques et de divers établissements au point de vue de l'hygiène. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale : *M. Brouardel.* — Asphyxies par cause mécanique. Infanticide. Lundi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté). Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures à (la Morgue).

### CLINIQUES

Cliniques médicales : *M. G. Sée.* — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Potain.* — Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — *M. Jaccoud.* — Mardi, samedi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié). — *M. Hayem.* — Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine).

Cliniques chirurgicales : *M. Duplay.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Le Dentu.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker). — *M. Tillaux.* — Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Charité). — *M. Berger.* — Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié).

CLINIQUE DE PATHOLOGIE MENTALE ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE : *M. Joffroy.* — Mercredi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'asile Sainte-Anne).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS : *M. Grancher.* — Mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES : *M. Fournier.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX : *M. Raymond.* — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpétrière).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE : *M. Panas.* — Lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES : *M. Guyon.* — Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

CLINIQUES D'ACCOUCHEMENTS : *M. Tarnier.* — Mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas). — *M. Pinard.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

## COURS COMPLÉMENTAIRES

PATHOLOGIE EXTERNE : *M. Lejars.* — Pathologie générale. Chirurgie de la tête, du cou et de la poitrine. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

ACCOUCHEMENTS : *M. Maygrier.* — Distocie. Opérations. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté).

## CONFÉRENCES

ANATOMIE : *M. Sébileau.* — Cou, thorax et membre supérieur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (petit amphithéâtre de la Faculté).

HISTOLOGIE : *M. Retterer.* — Structure des glandes. Structure du système nerveux et des organes des sens. Structure des organes génitaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (grand amphithéâtre de la Faculté).

PHYSIOLOGIE : *M. Gley.* — Système nerveux. Organes des sens. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PATHOLOGIE INTERNE : *M. Achard.* — Maladies générales. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (petit amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE EXTERNE : *M. Ricard.* — Chirurgie de l'abdomen. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. (grand amphithéâtre de la Faculté).

THÉRAPEUTIQUE : *M. Gilbert.* — Les médicaments. Les eaux minérales. Les régimes alimentaires. L'art de formuler. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h. (grand amphithéâtre de la Faculté).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : *M. Letulle.* — Maladie des glandes. Maladies des voies digestives. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PHARMACOLOGIE : *M. André.* — Purgatifs. Diurétiques. Etude du droguier. Mardi, samedi, à 5 h. (amphithéâtre de Pharmacologie).

MALADIES DE LA PEAU : *M. Gaucher.* — Dermatoses diathésiques et pathogéniques. Dimanche, à 10 h. 1/2 (à l'hôpital Saint-Louis).

## TRAVAUX PRATIQUES

PHYSIQUE BIOLOGIQUE : *M. Weiss.* — Travaux pratiques de physique biologique. Mardi, jeudi, samedi, de 4 à 6 heures.

HISTOLOGIE : *M. Rémy.* — Travaux pratique d'histologie, tous les jours, de 1 à 3 heures.

PHYSIOLOGIE : *M. Laborde.* — Démonstration de physiologie expérimentale. Lundi, vendredi, à heures.

MÉDECINE OPÉRATOIRE : *M. Poirier.* — Exercices de médecine opératoire, tous les jours, de 1 à 4 heures.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : *M. Brault.* — Travaux pratique d'anatomie pathologique, tous les jours, à 2 heures.

M. Poirier, chef des travaux anatomiques, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 30 octobre 1897.

**Hôpitaux de Paris.** — Par suite du refus de MM. Potain et Kirmisson, le jury du prochain concours de médecine est ainsi constitué :

MM. d'Heilly, Mauriac, Cornil, Raymond, Giraudeau, Josias, Michaux.

**Hôpitaux de Lyon.** — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. Etienne Rollet.

**Corps de santé militaire.** — Par décret, en date du 11 février 1895, M. Ducelliez, médecin principal de l'armée active retraité, a été nommé médecin principal de première classe dans l'armée territoriale.

— Par décret, en date du 14 février 1896, sont nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Doubre, médecin major de première classe de l'armée active retraité.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Colombel, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

**Corps de santé militaire.** — Par décision ministérielle, en date du 6 février 1896, ont été désignés pour les postes ci après :

M. le médecin-major de première classe Schmitt, pour le 10e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Debrie, pour l'hôpital de Villemanzy (provisoirement) : Silice, pour le 94e d'infanterie ; Darré, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied ; Bouchereau, pour le 105e d'infanterie ; Prunières, pour le 143e d'infanterie ; Sabatier, pour le 22e d'artillerie ; Lairac, pour le 73e d'infanterie ; Creton, pour le 7e hussards ; Coste, pour le 81e d'infanterie ; Viguier, pour le 28e d'infanterie (provisoirement).

MM. les médecins aides-majors de première classe Clavué, pour le 122e d'infanterie ; Julia, pour le 12e d'infanterie ; Thooris, pour 19e chasseurs à cheval ; Lehmann, pour le 29e d'artillerie ; Giorgi, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied ; Vidal, pour le 125e d'infanterie ; Fourniol, pour le 101e d'infanterie, et Fournié, pour le 13e bataillon de chasseurs à pied.

**Congrès de Médecine mentale et nerveuse.** — Le septième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le samedi 1er août, à Nancy, sous la présidence de M. le Dr Pitres, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Le Programme comprendra :

1° Questions à discuter :

Pathologie mentale. Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe ; rapporteur, M. Ph. Chaslin.

Pathologie nerveuse. De la séméiologie des tremblements ; rapporteur, M. Souques.

Législation. De l'internement de s aliénés dans les établissement spéciaux. Thérapeutique et législation ; rapporteur, M. Paul Garnier.

2° Lectures, présentations, travaux divers

3° Excursions, visite de l'Institut anatomique, de l'Asile de Maréville et de ses nouveaux pensionnats, banquet.

4° Impression et distribution du volume du Congrès.

Prix de la Cotisation, 20 francs

Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le Dr Vernet, médecin en chef à l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), secrétaire général du Congrès.

**Distinctions universitaires.** — M. le Dr Haichline, médecin à Paris vient d'être nommé officier de l'Instruction publique, à titre étranger.

**Journaux de médecine.** — Nous souhaitons la bienvenue au *Bulletin de la polyclinique de l'hôpital international*, journal mensuel fondé et rédigé par les chefs du service de la polyclinique de l'Hôpital international.

**Service médical de nuit dans la ville de Paris.** — *Statistique du 1er trimestre 1895 par MM. les Drs Passant et Hautecœur.*

Visites faites pendant le quatrième trimestre dans les vingt arrondissements : 3,840.

Maladies observées : Angines et laryngites, 250 ; croup, diphtérie, 43 ; coqueluche, 16 ; affections de la bouche, nez, oreilles, 15 ; asthme, 58 ; affections du cœur, 159 ; bronchites aiguës et chroniques, grippe, 404 ; bronchites chroniques, tuberculose pulmonaire, 233 ; congestion pulmonaire, 298 ; affections et troubles gastro-intestinaux, 387 ; cholérine, 80 ; dysenterie, 51 ; athrepsie, 32 ; coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines, 142 ; hernie étranglée, 31 ; rétention d'urine, cystites, orchite, 36 ; métrite, métro-péritonite, 71 ; métrorrhagie, 93 ; fausse couche, 108 ; accouchement, délivrance, 227 ; accouchements non terminés, 28 ; affections cérébrales, 105 ; convulsions, éclampsies, 67 ; névralgie, 88 ; névroses, 93 ; épilepsie, hystérie, 41 ; aliénation mentale, 2 ; alcoolisme, delirium tremens, 23 ; rhumatisme, 41 ; affections éruptives, rougeole principalement, 148 ; fièvres, 116 ; fièvre typhoïde, 16 ; hémorragies de causes internes et externes, 86 ; plaies, contusions, 112 ; fractures, luxations, entorses, 30 ; brûlures, 4 ; empoisonnements, 10 ; asphyxie par le charbon, 8 ; suicide, 4 ; morts à l'arrivée du médecin, 84.

Les hommes entrent dans la proportion de 30,50 0/0 ; les femmes, 46,48 0/0 ; les enfants au-dessous de 3 ans, 23,02 0/0.

*Résumé pour l'année 1895*

| | Hommes | Femmes | Enfants | Total |
|---|---|---|---|---|
| 1er trimestre .. | 1.239 | 1.864 | 600 | 3.703 |
| 2e — ... | 968 | 1.390 | 591 | 2.949 |
| 3e — ... | 1.078 | 1.618 | 860 | 3.556 |
| 4e — ... | 1.171 | 1.785 | 884 | 3.840 |
| Total ... | 4.456 | 6.657 | 2.935 | 14.048 |

Pour l'année 1894, le nombre des visites était 12.439

En plus pour 1895 : 1.609 visites

*Progression du service depuis son organisation*

| | | |
|---|---|---|
| 1876 | Première année..... | 3.616 visites de nuit |
| 1177 | Deuxième — ..... | 3.312 — |
| 1878 | Troisième — ..... | 3.572 — |
| 1879 | Quatrième — ..... | 5.282 — |
| 1880 | Cinquième — ..... | 6.341 — |
| 1881 | Sixième — ..... | 6.521 — |
| 1882 | Septième — ..... | 6 891 — |
| 1883 | Huitième — ..... | 6.895 — |
| 1884 | Neuvième — ..... | 8.712 — |
| 1885 | Dixième — ..... | 7.493 — |
| 1886 | Onzième — ..... | 7.553 — |
| 1887 | Douzième — ..... | 7.168 — |
| 1888 | Treizième — ..... | 7.408 — |
| 1889 | Quatorzième — ..... | 8.544 — |
| 1890 | Quinzième — ..... | 9.110 — |
| 1891 | Seizième — ..... | 9.313 — |
| 1892 | Dix-septième — ..... | 11.893 — |
| 1893 | Dix-huitième — ..... | 12.860 — |
| 1894 | Dix-neuvième — ..... | 12.439 — |
| 1895 | Vingtième — ..... | 14.048 — |

**Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — Services directs entre Paris, l'Algérie, la Tunisie et Malte, par Marseille (paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique). Billets directs valables 15 jours, de Paris aux ports ci-après ou *vice versâ* : Alger, Oran, Bône (par Philippeville), Philippeville, prix des billets : 1re classe, 197 francs ; 2e classe, 135 fr. 50. Tunis : 1re classe, 222 francs ; 2e classe, 160 fr. 50. Malte (La Valette) : 1re classe, 287 francs ; 2e classe, 200 fr. 50.

Les prix des billets comprennent la nourriture à bord des paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique.

En ce qui concerne les jours et heures de départ de Marseille, consulter les agences de la Compagnie Générale Transatlantique : à Paris, 12, boulevard des Capucines (Grand-Hôtel), et à Marseille, 12, rue de la République

**Nécrologie.** — Le Dr Fougeras-Lavergnolles, de Saint-Bonnet-la-Rivière (Haute-Vienne), décédé à l'âge de 95 ans. — Le Dr Pougny, médecin principal de la marine, à Brest. — Le Dr Laennec, reçu en 1856, ancien directeur de l'École de médeciné de Nantes, correspondant de l'Académie de médecine. — Le Dr Gauthier, de Villefranche (Rhône), reçu en 1860. — Le Dr Lachaze, de Bordeaux, reçu en 1846. — Le Dr Levrat-Perroton, de Lyon. — Le Dr Menne, de Paris.

**DYSPEPSIES.** — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
**ALIMENT DES ENFANTS.** — Phosphatine Fallières.
**CONSTIPATION** — Poudre laxative de Vichy.
**NEUROSINE PRUNIER.** — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN ARSAC (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.**

**PHTHISIE, BRONCHITE, CATARRHES** traités par l'*Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

**CAPSULES DARTOIS** 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
**CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas**

**PILULES rhéo-ferrées VIGIER** spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

*Le Gérant* : A. Chevallereau

Paris — Imp. Aicau-Lévy, 24, rue Chauchat